



תאריך: \_\_\_\_\_

אישור לביצוע טיפול פסיכולוגי/ אבחון פסיכולוגי

שם הילד	שם משפחה	ת.לידה	ת.ז.

אנו הח"מ מאשרים לפסיכולוג/ית \_\_\_\_\_ לערוך טיפול/אבחון פסיכולוגי לבננו/בתנו.

שם ההורה \_\_\_\_\_  
 ת.ז. \_\_\_\_\_  
 חתימה \_\_\_\_\_

שם ההורה \_\_\_\_\_  
 ת.ז. \_\_\_\_\_  
 חתימה \_\_\_\_\_

**במידה וחותרם הורה אחד, הנני מתחייב ליידע את ההורה השני.**

**אם ההורים גרושים, יש צורך לקבל חתימת שני ההורים.**